

Musterfrau, Hilde

Verordnung von medizinischer Rehabilitation**IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)****A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)**

Schmerzen beim Treppensteigen und längerem Gehen re. Hüfte, linkes Knie

und linke Hüfte

B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

| | keine Beeinträchtigungen | Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln) | personelle Hilfe nötig | nicht durchführbar |
|--|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|
| Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mobilität (z. B. Wechsel Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges | | | | |

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index)

./.

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt**Persönliches und familiäres Umfeld** (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahe stehenden Angehörigen)

Gute soziale Anbindung in Wohnanlage, Sohn kommt 1x wöchentlich zu Besuch

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

./.

Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Medizinische therapeutische Angebote vor Ort

RisikofaktorenNikotin Alkoholmissbrauch Übergewicht Bewegungsmangel Drogenmissbrauch/Medikamentenmissbrauch Sonstiges

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung u. ä.)

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

NSAR, Opiatanaloga

C. Heilmittel

| | In den letzten 12 Monaten erfolgt | | Anzahl | Aussichtreich | | | In den letzten 12 Monaten erfolgt | | Anzahl | Aussichtreich | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|----------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|--------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | nein | ja | | nein | ja | | nein | ja | | nein | ja |
| Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage) | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>6</u> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Wärme-/Kältetherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Standardisierte Heilmittelkombinationen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Traktionsbehandlung | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <u>6</u> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Elektrotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ergotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Inhalation | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? UAST seit 4 Jahren

| | | | |
|--|-----------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | Verordnet | | Aussichtreich |
| | nein | <input checked="" type="checkbox"/> | nein |
| | ja | <input type="checkbox"/> | ja |
| | | | <input checked="" type="checkbox"/> |

E. Andere Maßnahmen

| | Durchgeführt | | Aussichtreich | | | Durchgeführt | | Aussichtreich | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | nein | ja | nein | ja | | nein | ja | nein | ja |
| Psychotherapie | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ernährungsberatung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rehabilitationssport/ Funktionstraining | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Patientenschulung | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Medizinische Vorsorgeleistungen | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F. Sonstiges

./.

| | | | |
|--|--------------|--------------------------|--------------------------|
| | Durchgeführt | | Aussichtreich |
| | nein | <input type="checkbox"/> | nein |
| | ja | <input type="checkbox"/> | ja |
| | | | <input type="checkbox"/> |

VI. Rehabilitationsfähigkeit

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|
| | nein | ja | | nein | ja |
| Der Patient verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Der Patient ist motivierbar | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus der Sicht des Arztes im Hinblick auf

- a) Schädigungen
Schmerzlinderung

- b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe
Verbesserung der Mobilität

- c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren

B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

Schmerzfrem Teilhabe an Aktivitäten in der Wohnanlage

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

| | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|
| | nein | ja | | nein | ja |
| Schädigungen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Kontextfaktoren | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Aktivitäten und Teilhabe | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung

(z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachlich Betreuungsangebote)

./.

B. Reisefähigkeit

Öffentliche Verkehrsmittel ausreichend PKW erforderlich Krankentransport erforderlich

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

nein ja Begründung

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?

nein ja

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?

nein ja

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitation ambulante Rehabilitation stationäre Rehabilitation

B. Inhaltliche Schwerpunkte

Orthopädischer Schwerpunkt

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

Hohe Therapiedichte von Heilmitteln

D. Vorliegende Befundberichte

sind beigelegt sind nicht beigelegt weil

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

durch die Krankenkasse durch den MDK

F. Besondere Hinweise

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes

Datum

Handelt es sich bei dem Patienten um einen geriatrischen Patienten? ja nein

Rehabilitationsindikation:

Rehabilitationsbedürftigkeit

➤ nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivitäten?

ja nein

➤ ist über die kurative Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer rehabilitativer Ansatz erforderlich ?

ja nein

Rehabilitationsfähigkeit:

➤ Somatische Verfassung ausreichend?

ja nein

➤ Motivation/Motivierbarkeit vorhanden?

ja nein fraglich

Realistisches alltagsrelevantes Rehabilitationsziel

➤ Rehaziel des antragstellenden Arztes realistisch? ja nein

➤ Rehaziel des Patienten / der Angehörigen realistisch? ja nein

Rehabilitationsprognose in Hinsicht auf das Rehaziel

➤ günstige Prognose im Hinblick auf die Ziele des Arztes? ja nein

➤ günstige Prognose im Hinblick auf die Ziele des Patienten ja nein

fraglich

Rehabilitationsallokation:

Art der Rehabilitation (Indikationsgruppe): wenn Rehabilitation erforderlich, dann orthopädisch

Ambulante Rehabilitation möglich? ja nein

Beurteilung:

Die Pat. lebt im betreuten Wohnen, die Beeinträchtigungen der Aktivitäten sind nicht alltagsrelevant. Ergotherapie, Schmerzbehandlung und Ernährungsberatung können ambulant vor Ort erbracht werden. keine Indikation für eine Rehabilitation.
